

234
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Mars 1898, à 1 heure

PAR

A. RIOU

Né à Ploudalmezeau (Finistère) le 31 janvier 1867

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CORPS ÉTRANGERS
DES
SYNOVIALES TENDINEUSES

Président : M. TILLAUD, professeur.

Juges : MM. MARCHAND, professeur.

LEJARS et BROCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Mars 1898, à 1 heure

PAR

A. RIOU

Né à Ploudalmezeau (Finistère) le 31 janvier 1867

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CORPS ÉTRANGERS

DES

SYNOVIALES TENDINEUSES

*Président : M. TILLAUX, professeur.**Juges : MM. MARCHAND, professeur.**LEJARS et BROCA, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

45, Rue Racine, 45

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	ACCOD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchement	PINARD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDR.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LÉTULLE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A mes Amis

A M. Villemin

Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Tillaux

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Il existe des corps étrangers des synoviales tendineuses, mais ils sont plus rares que les corps étrangers des synoviales articulaires.

Ces derniers sont étudiés dans tous les traités de chirurgie et ont servi de sujets à de nombreuses thèses. Il n'en est pas de même des corps étrangers des séreuses tendineuses auxquels les ouvrages de chirurgie n'ont consacré aucun article.

Etant externe à l'hôpital Laënnec, nous avons eu l'occasion de voir M. Villemin opérer un jeune garçon de dix ans, dont la gaine du jambier antérieur contenait deux corps étrangers fibro-cartilagineux.

Notre excellent maître M. Villemin ayant eu la bonté de nous remettre les deux petites tumeurs, nous avons eu l'idée de faire l'étude de l'affection causée par leur présence dans l'intérieur d'une gaine.

Nous avons recherché les observations de ce genre publiées jusqu'à ce jour et nous avons pu recueillir sept autres cas, dont cinq ont été décrits par M. Toussaint et les deux autres par MM. Trélat, Poirier et du Bouchet.

En nous basant sur ces observations, nous essayerons de retracer les symptômes propres à reconnaître l'affection, puis nous passerons en revue les différentes tumeurs, qui

présentent de nombreux points de ressemblance avec celle que nous avons vue à l'hôpital Laënnec et nous indiquons les principaux signes qui permettent de les différencier.

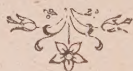
Nous dirons que le traitement chirurgical est le seul traitement à employer.

Nous décrirons les principaux caractères anatomiques des corps étrangers, dont l'observation a été publiée. L'examen histologique nous fera savoir qu'ils peuvent être osseux, ostéo-cartilagineux ou fibro-cartilagineux.

Dans le chapitre consacré à la pathogénie, nous montrerons que les corps mobiles peuvent avoir une origine traumatique — formation brusque — ou une origine irritative, inflammatoire — formation lente.

Nous remercions M. Villemin, qui nous a permis de publier l'observation que nous avons recueillie dans son service.

Nous remercions M. Tillaux pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.



Symptômes

Les corps étrangers semblent se former dans les synoviales tendineuses sans beaucoup attirer l'attention des malades. Ceux-ci ne peuvent indiquer d'une façon exacte l'époque d'apparition de leur affection. Ceux qui ont demandé l'avis d'un médecin ont, par leurs renseignements, donné à penser que leur tumeur s'était formée à la suite d'un traumatisme, de mouvements violents ou de marches forcées.

Dans l'une des observations publiées par M. Tous-saint, nous lisons que le malade avait fait à bicyclette des courses longues et fréquentes.

Un autre s'est aperçu de son affection en faisant de l'escrime.

Chez un troisième, le corps étranger semble avoir pris naissance à la suite d'une entorse violente.

L'enfant, qui est venu consulter M. Villemin à l'hôpital Laënnec, a ressenti la première atteinte de son mal en jouant avec ses camarades.

Chez tous ces malades les corps étrangers des synoviales tendineuses paraissent donc avoir eu pour cause première un traumatisme, une irritation des parois de la gaine par des mouvements exagérés ou des exercices violents.

Nous devons dire aussi que l'âge et le sexe semblent jouer un certain rôle dans le développement de cette affection.

Dans toutes les observations nous trouvons la preuve que les malades étaient âgés de moins de trente ans. L'enfant, que nous avons vu à l'hôpital Laënnec, n'avait que dix ans.

C'est donc une maladie qui se rencontre surtout chez des individus jeunes.

A notre connaissance, elle n'a jamais été observée chez la femme.

Le siège de la tumeur n'est pas non plus sans présenter une certaine importance. Les corps étrangers ont tous été rencontrés dans les synoviales tendineuses de la région tibio-tarsienne et plus souvent à gauche qu'à droite. On ne les a jamais trouvés dans les gaines des autres régions.

Maintenant les observations de M. Toussaint nous font savoir que dans cette région elle-même, on les trouve surtout dans la gaine de l'extenseur commun des orteils. Sur huit cas il n'y en a que trois qui font exception ; dans ces trois cas les corps mobiles étaient logés dans la gaine du jambier antérieur (observations de MM. Trélat et Villemin), et dans celle du fléchisseur propre du gros orteil (observation de M. Poirier).

Ce qui précède nous montre que les synoviales tendineuses de la région tibio-tarsienne ont par leur situation une certaine prédisposition à donner naissance à des productions fibro-cartilagineuses. Celles-ci sont l'apanage des « muscles travailleurs », de ceux qui présentent un long trajet, se réfléchissent et frottent contre des saillies osseuses. Les corps étrangers, se développant à la suite d'efforts répétés, de frottements exagérés, se rencontrent

exclusivement chez des individus jeunes et vigoureux, exécutant de longues courses à pied ou à bicyclette ou encore pratiquant l'escrime ou l'équitation. Il résulte de ces faits que le genre de vie a une grande influence sur la pathogénie de cette affection.

Après avoir décrit la façon dont débute la maladie, voyons quelle en est la marche. Celle-ci semble être aussi insidieuse que son début.

Chez beaucoup de personnes les corps étrangers des gaines tendineuses ne paraissent occasionner qu'une gêne bien minime. Il est même probable qu'il a existé des individus présentant cette affection, qui ne se sont jamais aperçus de leur infirmité, ou du moins s'ils s'en sont aperçus, ne s'en sont pas beaucoup inquiétés : les trouvailles d'autopsie, faites par MM. Toussaint, Poirier et du Bouchet, en 1889, en sont une preuve.

Les corps mobiles n'occasionnent donc qu'une gêne très légère, qui n'effraie pas beaucoup les malades et leur permet de continuer leurs occupations habituelles dans nombre de cas et cela sans suivre aucun traitement. Quelquefois pourtant, la gêne est suffisante pour inquiéter les malades et même pour les obliger à consulter un médecin ; mais le fait ne se produit que longtemps après le début de l'affection.

Dans les observations publiées par M. Toussaint, nous lisons que les malades avaient connaissance de leur mal depuis plusieurs mois quand ils se sont décidés à se faire soigner.

L'enfant, qui a été opéré par M. Villemain à l'hôpital Laënnec, s'était aperçu de son infirmité à l'âge de cinq à

six ans et il avait dix ans quand ses parents s'en sont préoccupés.

La gêne, que les malades éprouvent, consiste en une certaine difficulté à exécuter les mouvements habituels. Il ne se produit pas de grandes complications dans la gaine ou dans les tissus avoisinant la tumeur.

Il semble pourtant que le frottement de la tuméfaction contre les parois de la chaussure puisse causer une irritation et même une inflammation de la peau. Cette irritation ne paraît pas être considérable, car les malades n'ont jamais constaté qu'une légère rougeur sans empâtement de la région environnante. L'inflammation n'a jamais été suffisante pour provoquer la formation d'un abcès ou produire une ulcération.

En outre la saillie, résultant de la présence d'un corps étranger dans une gaine tendineuse, est une cause favorisant la production d'un hygroma. Toutefois cette complication n'a pas été mentionnée dans les observations.

La maladie n'occasionne donc pas d'accidents graves. Elle finit pourtant par retentir sur la puissance du pied atteint. Celui-ci se fatigue plus vite qu'avant le début de l'affection. Les malades se plaignent de faire souvent de faux pas et d'avoir une marche beaucoup moins sûre. S'ils soumettent leur membre à une fatigue un peu considérable, ils accusent une légère boiterie.

Que les malades se fatiguent plus vite, cela se comprend aisément, car les tendons étant gênés dans leurs mouvements, les muscles doivent à leur tour s'en ressentir et provoquer une faiblesse du pied.

Au repos les malades ne sont en rien incommodés par

leur affection ; ils ne ressentent ni la moindre gêne, ni la moindre douleur. Ils ne souffrent pas de l'engourdissement et des fourmillements que provoquent certaines tumeurs de la région.

Les corps étrangers des synoviales tendineuses se développent sans retentir sur la santé générale. Les grandes fonctions ne sont pas troublées et il ne survient ni amaigrissement ni engagement ganglionnaire.

On n'a jamais constaté de lésions pulmonaires.

Le sommeil et l'appétit ne souffrent pas de l'affection. Les voies digestives restent en bon état.

Dans les observations publiées jusqu'à ce jour on ne signale pas la multiplicité des gaines atteintes ; chez un même sujet on n'a trouvé qu'une seule synoviale affectée.

Les synoviales articulaires paraissent être toujours en excellent état. Nous devons toutefois dire qu'une communication peut exister entre une synoviale articulaire et une séreuse tendineuse contenant un ou plusieurs corps étrangers. L'observation publiée par MM. Poirier et du Bouchet en est une preuve.

Après avoir passé en revue les symptômes tirés du début, de la marche de la maladie et des accidents survenus dans le cours de l'affection, nous allons maintenant décrire les signes fournis par l'examen direct de la tumeur.

Dans toutes les observations le membre malade avait conservé sa forme et son aspect normal. A part la saillie, faite par la grosseur, le pied malade était en tout semblable au pied sain.

On n'a constaté l'atrophie ni des muscles du pied, ni des muscles de la jambe. Les corps étrangers des syno-

viales tendineuses ne paraissent donc pas avoir de retentissement sur les masses musculaires, comme c'est souvent le cas lorsqu'il s'agit de corps étrangers des synoviales articulaires.

Chez tous les malades on a constaté que la peau a conservé son aspect normal, sa souplesse, sa mobilité et ne présente pas la moindre rougeur ni chaleur locale. Elle ne paraît pas épaissie et ne présente pas d'adhérences sous-cutanées. Elle glisse facilement sur les parties profondes.

La saillie faite par la tumeur n'offre pas, dans tous les cas, la même apparence.

Dans les observations de M. Toussaint, on relate qu'à l'examen visuel, on ne remarque pas la moindre trace de tumeur : « l'interligne articulaire tibio-tarsienne, ainsi que les gâines des extenseurs sont intactes et la comparaison avec le cou-de-pied sain ne dénote aucune dissemblance. »

Chez l'individu opéré par M. Trélat, l'examen à l'œil nu permet de constater l'existence d'une tumeur assez considérable. La peau est soulevée par une « grosseur aplatie d'avant en arrière, ayant son plus long diamètre transversal, arrondie à sa partie antérieure et atteignant le volume d'une noix, Elle repose sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne. »

L'enfant qui est venu se faire opérer à l'hôpital Laennec possédait également une tuméfaction bien évidente à la région interne du pied droit. La tumeur était un peu moins volumineuse que dans le cas précédent ; elle atteignait les dimensions d'une grosse amande. Elle était située sur le trajet du jambier antérieur, à égale distance de la malléole interne et de la saillie du scaphoïde. Elle avait

absolument l'aspect d'un kyste synovial. Ce fut du reste le diagnostic établi.

De ce qui précède, nous concluerons que des corps étrangers peuvent exister dans une gaine tendineuse, sans former sous la peau une saillie bien apparente. Cet état est surtout constaté quand le fibro-cartilage se trouve logé dans la synoviale de l'extenseur commun des orteils et s'explique par la compression qu'il subit entre une surface tendineuse et une surface osseuse.

Si les conditions changent, si le fibro-cartilage occupe une position indépendante du tendon, il y a une tuméfaction dont le volume varie avec les dimensions du corps étranger et aussi avec la quantité de synovie qui peut s'épancher en même temps, comme c'était le cas dans l'observation de M. Poirier.

L'affection se présente donc sous des aspects bien différents.

A la palpation, les signes sont également variables.

Dans les cas décrits par M. Toussaint, on sent sous la peau « un corps dur, aplati, situé à deux centimètres au-dessus de l'interligne articulaire tibio-tarsienne, le long du bord externe de l'extenseur commun des orteils. La délimitation de ses contours rappelle exactement les dimensions et la forme d'une pièce d'un franc. En promenant le doigt le long du bord externe de la gaine tendineuse, on a la sensation de déplacement, de fuite. La mobilité est peu accusée dans le sens transversal. »

Les symptômes sont précis : on sent nettement un corps dur, aplati, bien délimité, mobile et sûrement contenu dans la synoviale de l'extenseur commun. La pression

n'est pas douloureuse et l'on peut déplacer le fibro cartilage, sans occasionner une souffrance bien appréciable. La gaine tendineuse ne présente pas de trace d'épanchement, et il ne semble pas qu'il y ait communication entre elle et la synoviale articulaire.

Les parois de la séreuse ne sont pas épaissies et il n'existe pas d'adhérences entre elles et les tissus voisins.

La tumeur est loin de présenter dans tous les cas des caractères aussi nets, aussi tranchés.

Chez le malade observé à l'hôpital Laënnec, on sent à la palpation une tumeur arrondie, ayant dans toutes ses parties une dureté osseuse. Elle est indolente à la pression, irréductible et ne présente pas d'adhérences cutanées. Elle est mobile dans le sens de la gaine, très peu dans le sens transversal. Mais le corps étranger atteignant dans cette observation un volume plus considérable que dans les cas précédents, il ne se présente plus dans les mêmes conditions. Par son volume il occasionne la dilatation d'une certaine portion de la synoviale et donne ainsi naissance à une sorte de cul-de-sac, où il se trouve comme enchaîné. Par suite il n'est plus aussi mobile dans la gaine, il fait en quelque sorte corps avec elle. On n'a pas ici la sensation de fuite, de déplacement, signalée dans les observations de M. Toussaint. Par la mobilité relative, que l'on peut communiquer à la tumeur, on déplace en même temps la synoviale et le fibro-cartilage. On ne peut donc pas dans ce cas reconnaître aussi facilement la présence d'un corps étranger.

Les symptômes peuvent être rendus encore plus obscurs par la présence dans la gaine d'un épanchement de

synovie. Ce cas se présente surtout quand le corps étranger a une origine traumatique. On peut expliquer le fait de la façon suivante : un choc ou une chute détache une parcelle osseuse d'une surface articulaire ou péri-articulaire. Par l'effet du traumatisme la séreuse articulaire peut être lésée et une communication s'établir entre elle et une synoviale tendineuse voisine. C'est ce qui est arrivé dans le cas décrit par M. Poirier. Dans cette observation, « le kyste occupait toute la longueur de la gaine tendineuse du muscle long fléchisseur propre du gros orteil, commençant au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et se prolongeant jusqu'au niveau de la médio-tarsienne. La tumeur formée par une dilatation d'une gaine tendineuse, semblant en communication avec la synoviale tibio-tarsienne, a tout à fait l'aspect d'un kyste synovial. Le corps étranger, enchatonné dans un cul-de-sac et perdu dans la masse de sérosité épanchée ne fut reconnue qu'après ouverture de la poche ».

Ce qui précède nous permet de conclure que souvent, comme dans les cas observés par M. Toussaint, la palpation permet de reconnaître la forme, la consistance, les dimensions et la mobilité d'un corps étranger contenu dans une séreuse tendineuse, mais qu'il existe des cas où les symptômes sont beaucoup plus obscurs et que, s'il y a épaissement des parois de la synoviale ou épanchement de synovie, la présence d'un corps étranger peut être impossible à diagnostiquer.

Symptômes fonctionnels. — La présence d'un corps étranger dans une gaine synoviale n'occasionne que de légers troubles fonctionnels. Elle n'est pas une cause de

déviation ou de déformation du membre malade. On ne constate pas des attitudes vicieuses des doigts comme on le fait quelquefois quand il s'agit d'une synovite avec épanchement. Les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe sont conservés. La gaine atteinte permet le glissement du tendon qu'elle enveloppe presque aussi facilement qu'à l'état normal et cela sans douleur. Mais après un travail exagéré et des frottements répétés de la grosseur contre les parois de la chaussure, les malades ressentent une gêne légère.

Le corps étranger retentit assurément sur la puissance du membre. Celui-ci se fatigue plus vite et si on le soumet à un travail un peu considérable, il en résulte une légère boiterie.

Résumant ce chapitre, nous dirons que les corps étrangers des synoviales tendineuses apparaissent d'une façon insidieuse à la suite d'un traumatisme ou de mouvements violents, provoquant l'irritation des parois de la séreuse. Ils se développent chez des individus jeunes, pratiquant beaucoup les exercices physiques. On les rencontre surtout dans les gaines tendineuses de la région tibio-tarsienne. Leur présence donne naissance à une tuméfaction apparente dans certains cas, mais nulle dans d'autres.

A la palpation on peut souvent reconnaître la forme, les dimensions et la mobilité des corps étrangers, mais il existe des cas où un épanchement de synovie ou un épaississement des parois de la gaine sont des causes suffisantes pour rendre impossible la recherche de tous ces signes.

L'affection peut être une cause de gêne et occasionne une faiblesse du membre malade, mais ne produit pas de complications bien graves.

Diagnostic

Le diagnostic de cette affection est loin d'être toujours facile. Elle peut être confondue avec diverses maladies qui frappent soit les synoviales tendineuses, soit les tissus environnants.

Nous éliminerons d'abord les différentes synovites sèches ou avec épanchement.

La synovite sèche ou synovite crépitante a le plus souvent pour siège la gaine antibrachiale des radiaux, celles du long abducteur et du court extenseur du pouce. Mais, comme l'affection que nous étudions, on la rencontre aussi dans la région tibio-tarsienne. Elle est comme elle, l'apanage « des muscles travailleurs ». Elle succède comme elle à l'irritation des parois d'une sereuse tendineuse et se voit surtout chez les individus qui font exécuter à leurs tendons des mouvements violents et exagérés. Mais dans la synovite sèche il y a une douleur qu'exagère le moindre mouvement, il existe une crépitation amidonnée ou neigeuse que n'occasionne pas la présence des corps étrangers. En outre ceux-ci par leur volume forment une tumeur qui n'existe pas dans l'air crépitant. Ce sont donc là deux affections assez faciles à distinguer.

On ne confondra pas davantage la gêne légère causée par un corps flottant dans une gaine avec l'impotence presque complète produite par la synovite plastique. De plus, celle-ci occasionne des attitudes vicieuses des doigts, choses que l'on n'observe pas avec un corps mobile.

Enfin le diagnostic différentiel avec une synovite à épanchement est aussi généralement facile. Dans ce dernier cas, il y a fluctuation nette, et l'affection n'a pas le début insidieux et la marche lente de celle que nous étudions. Souvent, il y a une rougeur très vive de la peau, une douleur intense, ce que l'on ne constate pas quand il s'agit d'un corps étranger.

Les affections qui offrent le plus de ressemblance avec celle que nous décrivons sont celles qui sont produites par une tumeur liquide ou solide, soit des gaines, soit des tendons, soit des tissus voisins.

Disons tout d'abord qu'il est quelquefois difficile de reconnaître si une tumeur est solide ou liquide. Le diagnostic avec les tumeurs liquides est parfois impossible. Dans certains cas il n'est pas facile de savoir s'il y a fluctuation ou non. Du reste un corps étranger peut coexister avec un épanchement. L'observation de M. Poirier en est une preuve. La fluctuation n'est donc pas un symptôme suffisant pour éliminer le diagnostic de corps étranger d'une synoviale tendineuse. D'un autre côté les parois des kystes synoviaux sont parfois tellement épaisses, tellement dures et résistantes, encroûtées de plaques calcaires ou cartilagineuses, qu'elles donnent à l'exploration la sensation de tumeurs solides. Comme ces kystes présentent souvent une mobilité relative, on voit combien grandes sont les difficultés pour arriver à établir un diagnostic.

Quoiqu'il en soit, les différentes tumeurs liquides et solides qui peuvent être rencontrées dans la région tibio-tarsienne et par suite confondues avec une tumeur formée par un corps étranger, sont : des tumeurs sanguines, des

hygromas, des kystes synoviaux, des corps étrangers articulaires, des ostéomes, des ostéosarcomes, des lipomes, des carcinomes, des sarcomes, des névromes et des fibromes.

Tumeurs sanguines. — Une tumeur sanguine, formée par un anévrysme, se reconnaît facilement grâce à ses battements, à son mouvement d'expansion et à la possibilité de réduire son volume par la pression. Le diagnostic n'offre aucune difficulté. On ne confondra pas non plus un hématome avec l'affection que nous étudions.

Hygroma. — On reconnaîtra aussi aisément un hygroma. Lorsque les parois de la poche n'ont pas subi d'altération, on peut généralement constater la fluctuation. Lorsqu'il y a épaissement de l'épiderme, la forme arrondie de la tumeur, son siège dans une région où il existe des bourses séreuses, les habitudes professionnelles constituent un ensemble de caractères, qui ne permettent pas de se méprendre sur la nature de la grosseur. Si l'épaississement et la dureté des parois de la poche peuvent dans certains cas en imposer pour une tumeur solide, les renseignements obtenus sur l'apparition et la marche de la maladie ne manqueront pas de la faire reconnaître.

Dans tous les cas l'hygroma ne présente jamais la mobilité d'une tumeur formée par un corps étranger flottant librement dans une synoviale tendineuse.

Kystes synoviaux. — Nous allons maintenant étudier une classe de tumeurs dont le diagnostic différentiel avec celui des corps mobiles tendineux est souvent des plus difficiles. Nous voulons parler des kystes synoviaux.

Nous éliminerons les kystes synoviaux à grains rizi-

formes, qui se reconnaissent sans aucune difficulté, grâce à la crépitation qui leur est propre.

Le kyste synovial ou ganglion offre beaucoup de ressemblance par son siège, sa forme, sa consistance avec l'affection dont nous faisons l'étude.

Pour le différencier, il faut se baser sur son début, qui est souvent brusque et coïncide avec un effort, sur son volume, diminuant à la pression si le ganglion communique avec une synoviale articulaire, sur sa dureté, variable dans les mêmes conditions en faisant refluer ou sortir de son intérieur par la flexion ou l'extension une plus ou moins grande quantité du liquide qui leur est commun.

Voilà certes des signes, quand ils existent, qui ne permettent pas la confusion, Mais il est loin d'être toujours ainsi. La tumeur kystique ne communique pas toujours avec une synoviale articulaire. Elle peut avoir la consistance, la mobilité, le début de l'affection produite par un corps étranger. Enfin l'observation de M. Poirier démontre qu'il peut exister des kystes synoviaux contenant des corps mobiles fibro-cartilagineux ou osseux.

Nous dirons donc que de toutes les tumeurs liquides que nous venons de passer en revue, celles formées par des kystes synoviaux sont les plus difficiles à différencier des tuméfactions produites par des corps mobiles contenus dans une séreuse tendineuse.

Les tumeurs solides que nous avons à étudier nous les diviserons en deux catégories : celles qui peuvent se développer dans les parois des gaines ou des tendons et celles que l'on peut rencontrer dans les tissus voisins.

Celles qui rentrent dans la dernière catégorie sont évi-

demment par leur situation les plus faciles à distinguer de l'affection que nous décrivons.

Dans ces deux catégories de tumeurs, on trouve des ostéomes, des ostéosarcomes, des sarcomes, des lipomes, des fibromes, des carcinomes, des névromes. Nous y rangerons également les tumeurs produites par les corps étrangers extra ou intra-articulaires.

Ostéomes. — Les ostéomes, formés par des exostoses ou des hyperostoses, peuvent ainsi que les ostéosarcomes se rencontrer sur les os du tarse dans les points immédiatement en contact avec les synoviales tendineuses.

J. Sanson a publié en 1835 l'observation d'une tumeur osseuse de deux pouces de long sur cinq lignes d'épaisseur et autant de large, qui siégeait sur le cou-de-pied et recouvrait le tendon de l'extenseur du gros orteil.

Il sera généralement facile de reconnaître que ces tumeurs sont complètement indépendantes des gaines tendineuses, qu'elles sont immobiles et font corps avec l'os. Elles s'accroissent presque toujours d'une manière continue et leur volume peut devenir considérable. Ce sont là des signes qui ne permettent pas de les confondre avec un corps mobile se développant très lentement, n'atteignant jamais un volume bien grand et se déplaçant souvent d'une façon bien sensible.

Névromes. — Les névromes sont aussi des tumeurs que l'on rencontre dans la région tibio-tarsienne. Demeaux a publié un cas de névrome du nerf tibial antérieur, siégeant au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Le nerf présentait encore plusieurs renflements sur son trajet jusqu'au niveau des orteils. Blandin a observé un névrome

du nerf tibial postérieur un peu au-dessus de la malléole interne. Gay, Dolbeau, Borelli ont aussi observé des névromes siégeant en cette région.

Les névromes sont caractérisés par des douleurs vives, spontanées, localisées en un point fixe ou s'irradiant dans tout le membre. Ils sont une cause d'engourdissement et de fourmillements. La pression la plus légère est douloureuse. Le malade, observé par Blandin, ne pouvait pas pendant la marche appuyer sur le sol aucune autre partie de la plante que le talon. La tumeur est souvent irrégulière, bosselée, de consistance fibreuse. Elle est quelquefois multiple et présente des adhérences cutanées.

La douleur vive, spontanée et à la pression, la consistance, l'aspect de la tumeur permettront presque toujours de différencier aisément cette affection de celle dont nous cherchons à établir les signes distinctifs.

Lipomes. — Les lipomes peuvent également se développer dans cette région. Ce sont des tumeurs molles qui prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leur forme est généralement irrégulière et bosselée. Elles adhèrent aux parties profondes et enfin ne suivent pas le trajet des gaines tendineuses. Leur consistance, l'irrégularité de leur surface, leur forme sont des signes qui mettront facilement sur la voie du diagnostic.

Carcinomes. — Les carcinomes peuvent se développer sur les os du tarse en des points immédiatement en contact avec des synoviales tendineuses.

L'évolution rapide du néoplasme, les douleurs vives qu'il occasionne, la rougeur de la peau, son ulcération au

bout de quelques mois ne permettent pas de confondre cette maladie avec l'affection que nous avons en vue.

Corps étrangers extra ou intra-articulaires. — La région tibio-tarsienne est formée par neuf os reliés entre eux par de nombreux et puissants ligaments.

Dans un mouvement violent un de ces ligaments peut arracher une parcelle osseuse, qui en restant libre ou à peu près libre de toute adhérence donne naissance à un corps étranger extra-articulaire.

Pour le distinguer d'un corps mobile contenu dans une séreuse tendineuse, il faudra se baser sur l'apparition brusque de la tumeur, sur la douleur considérable et l'impotence fonctionnelle que l'accident occasionne pendant quelques jours.

Un corps étranger intra-articulaire peut provoquer la formation d'un diverticule et venir par suite faire une saillie sous la peau. La tuméfaction ainsi produite peut être mobile, de consistance dure, ne provoquer qu'une légère gêne. Ce sont des symptômes qui s'appliquent également à un corps étranger tendineux. Si le diverticule communique largement avec la cavité articulaire, il sera possible d'y faire refluer le corps mobile et alors le diagnostic est facile à établir. De même si la communication n'est pas suffisante pour permettre le passage de l'arthrophyte mais laisse sortir de la poche le liquide synovial, la diminution de volume de tumeur à la pression sera un symptôme suffisant pour en reconnaître l'origine, s'il n'existe aucune communication entre la synoviale articulaire et le diverticule logeant l'arthrophyte ; le diagnostic sera difficile, d'autant plus

qu'il existe des cas où il y a communication entre une séreuse articulaire et une séreuse tendineuse.

Il nous reste à étudier les tumeurs qui se développent soit sur les parois des synoviales, soit dans l'épaisseur des tendons.

Ostéome tendineux. — Saint-Yves a parlé d'une tumeur osseuse non syphilitique qui s'était développée dans l'épaisseur du long extenseur propre du gros orteil, au niveau du métatarse, chez une jeune fille qui portait habituellement des sabots.

Lésions syphilitiques. — Lisfranc a décrit sous le nom de nodosités blanches des lésions syphilitiques des tendons du pied. Dans sa première observation, il s'agissait d'un danseuse de l'Opéra qui présentait sur tendon d'achille une tumeur dure très douloureuse à la pression. La deuxième observation est celle d'un homme qui portait sur le tendon du jambier antérieur une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Ici ni la pression, ni les mouvements n'étaient douloureux. La tumeur avait la dureté du silex. Sa mobilité, liée à celle d'un tendon, sa forme, sa consistance ne pouvaient la faire confondre avec une tumeur synoviale.

Les commémoratifs et l'efficacité du traitement anti-syphilitique permettront de reconnaître la nature d'une telle affection. La mobilité de la nodosité, liée à celle du tendon, est un signe pour la différencier d'un corps flottant librement et indépendamment des mouvements tendineux.

Lipome. — Des lipomes se développent quelquefois aux dépens des franges synoviales, mais il faut dire qu'on les rencontre sur les synoviales de la main bien plus souvent que sur les synoviales du pied. Ces lipomes sont

généralement mous et fluctuants quelquefois crépitants. Ces signes permettent de les reconnaître aisément.

Carcinomes. — Pour différencier un cancer d'une gaine synoviale, d'un corps flottant, il est utile de spécifier deux cas : la peau est intacte ou les fungus végétent à l'extérieur.

Dans le premier cas l'âge est différent. Le cancer n'apparaît en général que chez des individus ayant un certain âge. Les corps étrangers au contraire se développent chez des sujets jeunes. Ils se forment très lentement. Le cancer par contre a une marche rapide et ne met pas plus d'une année pour se développer. Les tumeurs cancéreuses des gaines synoviales sont mal limitées. Leur forme n'est pas franchement déterminée. Leur surface est irrégulière. Elles ne présentent qu'une mobilité très minime. Leur consistance est variable : dures dans certains points, elles sont molles dans d'autres. Elles peuvent être élastiques au point de faire croire à la fluctuation. La peau est rosée, luisante, tendue, sillonnée de veines dilatées et adhère de bonne heure à la masse morbide. Les corps étrangers au contraire présentent souvent une mobilité très nette, ne contractant jamais d'adhérences et ne font pas changer l'aspect normal de la peau. Les tumeurs cancéreuses sont le siège de douleurs spontanées, lancinantes ; symptômes que l'on observe pas avec les corps étrangers.

Dans l'une des affections la santé générale et les glandes lymphatiques voisines restent indéfiniment sans altération. dans l'autre l'engorgement ganglionnaire et la cachexie surviennent rapidement.

Lorsque les fongosités cancéreuses font saillie à travers la peau ulcérée la confusion n'est pas possible.

Fibromes. — Les fibromes des synoviales ou des tendons sont rares. On les rencontre surtout à la main ou au doigt. Souvent on constate un peu de fluctuation. Ce signe et le siège permettront de les différencier des corps étrangers des synoviales tendineuses.

Sarcomes. — Ces sortes de tumeurs paraissent être beaucoup plus fréquentes que celles que nous venons de passer en revue. On les rencontre soit sur les parois des synoviales, soit dans l'épaisseur des tendons.

Elles se développent aussi bien chez la femme que chez l'homme tandis que les corps étrangers synoviaux se développent, on peut dire, exclusivement chez l'homme.

Le sarcome débute par un gonflement indolent, qui peut devenir douloureux sur le trajet connu d'une gaine. Le volume de la production morbide augmente en même temps que la gêne des mouvements. La tumeur est souvent fluctuante. On la confond assez facilement avec un kyste synovial. Le développement continu de la tuméfaction, la marche rapide de son augmentation de volume, la fluctuation *sont* des signes suffisants pour les distinguer de l'affection que nous étudions.

Il arrive un moment où la confusion est impossible, lorsque le néoplasme arrive à contracter des adhérences avec la peau et provoque son ulcération.

De ce qui précède, nous concluerons que beaucoup de tumeurs de la région tibio-tarsienne, soit des gaines, soit des tendons, soit des tissus qui les environnent, peuvent être confondues avec la tuméfaction produite par un corps

étranger flottant dans une séreuse tendineuse. Il est évident que les grosseurs développées dans les gaines ou les tendons, sont les plus difficiles à différencier. Nous dirons même que dans certains cas, il est impossible de savoir si on a affaire à un kyste synovial ou à un corps étranger. Le diagnostic différentiel est aussi très difficile, quand il s'agit de tumeurs syphilitiques développées dans les parois d'une gaine ou l'épaisseur d'un tendon.

Pour arriver à reconnaître l'affection produite par un corps étranger, il faut se baser surtout sur le siège de la tumeur, sur le genre de vie des malades, sur le début et la marche de la maladie, sur les troubles fonctionnels qu'elle occasionne, sur son influence négative sur l'état général.

Il existe certainement des cas très difficiles, mais nous croyons que souvent la mobilité, la délimitation, la consistance, le siège de la tumeur mettent sur la voie du diagnostic.



Traitement

Le traitement de l'affection que nous étudions est un traitement chirurgical.

Nous dirons toutefois que le traitement médical peut dans certaines circonstances rendre les plus grands services.

Plusieurs observations démontrent que le traitement anti-syphilitique a été suffisant pour provoquer la fonte des corps étrangers articulaires. « Richet, après un traitement mixte de 41 jours a fait disparaître un arthrophyte de la grosseur d'une amande verte. Gailleton a observé un cas semblable. Poncet soignant un homme de trente-deux ans, porteur de deux corps mobiles du volume d'une petite noix, a vu disparaître les arthrophytes au bout de 48 jours de traitement spécifique. »

Comme il existe des observations bien constatées de tumeurs synoviales ou tendineuses, ayant une origine syphilitique, il serait bon d'instituer le traitement spécifique toutes les fois que les corps étrangers se seront développés chez des individus présentant des antécédents syphilitiques.

Nous éliminerons les vésicatoires, les emplâtres, les compresses d'alcool, les pointes de feu, les badigeonnages de teinture d'iode, les injections iodées ou de chlorure de zinc. Ce sont là des moyens plus propres à provoquer l'irritation de la synoviale, qu'à produire la guérison.

Si le sujet n'éprouve qu'une gêne légère ou ne veut pas accepter une intervention chirurgicale, on pourrait lui conseiller d'employer la compression ouatée, qui protégera la tuméfaction contre les frottements des parois de la chaussure et s'opposera par le fait à l'inflammation de la gaine.

Le seul traitement efficace de l'affection consiste dans l'extirpation du ou des corps étrangers.

Il y a une trentaine d'années on hésitait à ouvrir les synoviales tendineuses comme les synoviales articulaires. On craignait les accidents post-opératoires : la suppuration, les adhérences, l'infection purulente.

Depuis, la thérapeutique des membranes séreuses s'est beaucoup modifiée, et ce qui paraissait autrefois d'une audace chirurgicale pouvant entraîner les plus graves dangers semble maintenant entré dans le domaine de la chirurgie courante : telle l'ouverture d'une synoviale articulaire ou tendineuse.

Aujourd'hui grâce à l'antisepsie ou mieux à l'asepsie parfaite de la région à opérer on peut sans crainte, dans l'affection que nous étudions, recourir à une intervention chirurgicale pour obtenir la guérison radicale par l'extirpation des corps étrangers.

Ce qu'il faut empêcher avant tout c'est la pénétration des germes dans la synoviale tendineuse. Comme à l'état normal on trouve sur la peau différents microbes ; tels que le staphylocoque et le streptocoque, agents ordinaires de la suppuration, il est nécessaire avant de faire une incision cutanée d'en débarrasser l'épiderme ou de les détruire par des solutions antiseptiques.

Pour atteindre ce but le champ opératoire sera savonné, puis brossé vigoureusement avec la brosse de crin. On supprime, en les rasant, tous les poils qui pourraient gêner l'action des instruments. Ensuite, on pratique la désinfection par quelques lotions d'éther et on lave avec la solution d'acide phénique à 50/1000 ou de sublimé à 1/1000.

Les instruments sont stérilisés en les faisant bouillir dans une solution phéniquée à 10/1000.

La région à opérer et tout ce qui doit la toucher, étant débarrassés de tous les agents de la suppuration, on procède à l'anesthésie locale au moyen d'une solution à un pour cent de chlorhydrate de cocaïne. On peut employer dans ce but un ou deux centimètres cubes de cette solution que l'on injecte avec la seringue de Pravaz en une ou plusieurs piqûres sur le trajet de l'incision projetée.

L'asepsie et l'anesthésie cutanées étant obtenues, le chirurgien fait une incision de trois ou quatre centimètres suivant la direction de la gaine à ouvrir. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont incisés successivement. On saisit les deux lèvres de la plaie avec deux pinces et on les écarte de façon à permettre à l'opérateur de bien voir la synoviale tendineuse. Le chirurgien s'empare de celle-ci au moyen d'une pince à griffe, la fixe et s'assure de la situation du corps étranger. Il incise la séreuse dans la région logeant le fibro-cartilage et fait une ouverture suffisante pour le passage du corps mobile. Si ce dernier est complètement libre, l'extraction se fait sans aucune difficulté. S'il est relié à la paroi de la synoviale par quelques brides fibreuses, l'opérateur détruit ces adhérences au moyen du bistouri.

Le ou les corps étrangers étant extirpés et après avoir constaté qu'il n'existe aucune complication pouvant faire craindre la suppuration, le chirurgien réunit les deux lèvres de la plaie cutanée au moyen de quelques points de suture.

On fait un pansement antiseptique et on exerce un peu de compression avec de l'ouate et une bande de tarlatane pour prévenir tout épanchement sanguin.

On recommande le repos au malade. Au bout de huit jours si des précautions antiseptiques suffisantes ont été prises et si le malade ne présente aucune diathèse pouvant retarder la guérison, la réunion des deux lèvres de la plaie est assurée et l'on peut enlever sans inconvénient les points de suture.

M. Villemin a pratiqué avec succès, à l'hôpital Laënnec, l'extirpation de deux corps étrangers, qui se trouvaient logés dans la gaine du jambier antérieur d'un enfant de dix ans. La réunion par première intention a été pratiquée et les points de suture ont pu être enlevés le neuvième jour. Nous avons eu l'occasion de revoir le malade à l'hôpital seize jours après l'opération et nous avons constaté que l'état de la région opérée permettait à l'enfant la marche, qui s'exécutait sans douleur et sans gêne. Tous les mouvements du pied étaient conservés et le tendon du jambier antérieur glissait dans sa gaine aussi facilement qu'à l'état normal.



Anatomie pathologique

Dans ce chapitre nous étudierons d'abord le siège, le nombre, le volume, la consistance, la forme, l'aspect et la structure des corps étrangers des synoviales tendineuses ; puis nous parlerons de l'état des gaines, des tendons et des tissus voisins, ainsi que des modifications que l'affection a pu leur faire subir.

Siège. — Les corps étrangers ne paraissent pas se développer dans toutes les synoviales tendineuses du corps humain. D'après les observations publiées jusqu'à ce jour, on ne les trouve que dans les gaines de la région tibio-tarsienne ; et dans cette région elle-même, certaines séreuses semblent avoir une prédisposition particulière par leur situation à donner naissance à l'affection. Ainsi nous constatons que dans cinq cas sur huit, les fibro-cartilages se trouvaient logés dans la gaine de l'extenseur commun des orteils. Dans les autres observations les corps étrangers avaient pris naissance dans les synoviales du jambier antérieur, et dans celle du fléchisseur propre du gros orteil.

De ce qui précède, il résulte que les corps mobiles se développent surtout dans les synoviales tendineuses des muscles travailleurs, des muscles qui décrivent un long trajet, se réfléchissent et frottent sur des reliefs osseux.

Pour compléter l'étude, nous dirons que le membre gauche est plus souvent atteint que le membre droit. Sur huit observations, nous n'en relevons qu'une seule, indiquant que l'affection s'était développée à droite.

Nombre. — Le nombre des corps étrangers existant dans une même synoviale ne paraît pas être bien considérable. Ce fait est démontré par les quelques cas constatés par MM. Poirier, Toussaint et Trélat. Le fibro-cartilage est presque toujours unique. Deux fois seulement on a pu observer l'existence de deux corps mobiles développés dans une même gaine tendineuse.

On n'en n'a jamais trouvé dans plusieurs synoviales chez le même sujet.

Volume. — Le volume des corps étrangers est très variable. On en a trouvé dont le volume ne dépasse pas les dimensions d'un petit pois, tandis que d'autres atteignent les dimensions d'un marron.

Dans les observations publiées par M. Toussaint, nous lisons que les fibro-cartilages avaient l'épaisseur, les dimensions et la forme d'une pièce d'un franc. Dans un des cas, les dimensions étaient plus réduites ; le corps étranger pouvait être comparé à une pièce de vingt centimes.

Chez le malade, opéré par M. Trélat, le corps flottant, constitué par deux véritables os, réunis par une articulation avait trente-neuf millimètres de long sur vingt-sept de large et seize d'épaisseur, c'est-à-dire à peu près le volume d'un marron.

Le corps intra-synovial, d'origine traumatique, décrit par MM. Poirier et du Bouchet, était une lamelle osseuse de deux centimètres de long sur six millimètres de large et deux d'épaisseur.

Les deux fibro-cartilages, que l'on a trouvés chez le malade opéré à l'hôpital Laennec par M. Villemin, étaient de volume très différent. Le plus gros avait vingt-deux

millimètres de long sur treize millimètres de large et neuf d'épaisseur, c'est-à-dire environ les dimensions d'un haricot. Le plus petit était sphérique et atteignait le volume d'un petit pois.

Forme. — Les corps étrangers des synoviales tendineuses se présentent sous l'apparence de petites masses de forme variable. Ils sont tantôt aplatis et nummulaires, tantôt sphériques ou ovoïdes. Quelquefois ils ont un côté convexe et un autre plat.

Les fibro-cartilages décrits par M. Toussaint avaient une forme aplatie et nummulaire et pouvaient être comparés à une pièce d'argent d'un franc.

Le corps étranger, observé par M. Poirier, avait aussi une forme aplatie, mais elle n'était pas nummulaire. L'une des dimensions, la longueur, était trois fois plus considérable que la largeur.

Voilà donc six cas où les corps étrangers présentaient la forme d'une lamelle. Dans les deux cas restant, la forme diffère complètement.

Dans l'observation publiée par M. Trélat, les dimensions nous indiquent que le corps étranger, constitué par deux os réunis par une articulation, avait une forme massive, qui pourrait être comparée à celle d'un marron.

Le plus gros des fibro-cartilages trouvés chez le malade, opéré par M. Villemin à l'hôpital Laennec, avait la forme d'une petite amande et le plus petit celle d'un petit pois.

De ce qui précède il résulte que la forme d'amande, que prennent, en général, les corps étrangers articulaires,

est une exception quand il s'agit des corps étrangers des synoviales tendineuses.

Surface. — La surface des corps étrangers est tantôt lisse, tantôt bosselée, mamelonnée.

Les fibro-cartilages, décrits par M. Toussaint, présentaient deux faces planes et crénelées.

La lamelle blanchâtre, extraite par M. Poirier, de la gaine du fléchisseur propre du gros orteil, avait une surface mamelonnée.

Dans l'observation publiée par M. Trélat nous lisons « que le corps étranger présentait à sa surface superficielle une extrémité interne arrondie et revêtue de cartilage, une partie moyenne étranglée et creusée en gouttière par le tendon du jambier antérieur, une extrémité externe amincie et terminée en pointe très mousse. La face profonde généralement plane était revêtue par places de cartilage et présentait au niveau de l'extrémité interne, au-dessous de la tubérosité arrondie, une petite surface de quatre à cinq millimètres de diamètre, où le tissu osseux était à nu et semblait avoir subi une fracture récente. »

Les deux fibro-cartilages, extraits de la gaine du jambier antérieur du malade opéré à l'hôpital Laennec, présentaient une surface légèrement mamelonnée.

Consistance. — Les corps étrangers, observés jusqu'à ce jour, avaient une consistance dure. Ceux qui ont été observés par M. Toussaint avaient une consistance osseuse. Les deux corps, décrits par MM. Trélat et Poirier, étaient formés presque exclusivement par du tissu osseux et par suite en avaient la consistance.

Les deux fibro-cartilages, que nous avons pu étudier

nous-mêmes, présentaient une consistance fibreuse et se laissaient marquer par l'ongle.

Couleur. — Les corps étrangers, décrits par MM. Tous-saint, Trélat et Poirier, avaient une teinte blanchâtre.

Les deux fibro-cartilages, que nous avons observés, avaient une teinte bistre un peu foncée.

Situation dans la gaine. — Parmi les corps étrangers des synoviales, les uns se trouvent complètement libres, dans l'intérieur de la gaine, et présentent par le fait une mobilité généralement facile à constater par la palpation. D'autres au contraire, tout en présentant une certaine mobilité, sont rattachés à la paroi par un pédicule ou des brides fibreuses.

Chez le malade que M. Villemin a opéré à l'hôpital Laënnec, le plus gros des fibro-cartilages était absolument libre dans l'intérieur de la gaine, l'autre était rattaché à la paroi par un pédicule très court.

Dans l'observation de M. Trélat nous lisons que le corps étranger présentait à sa face profonde quelques brides fibreuses qui le reliaient à la paroi de la synoviale du jambier antérieur.

Enfin, dans le cas qui a été étudié par M. Poirier, le corps étranger était en quelque sorte enchatonné dans un cul-de-sac, qui communiquait d'une part avec la synoviale du fléchisseur propre du gros orteil et d'autre part avec la synoviale de l'articulation tibio-tarsienne. C'est grâce à cette dernière particularité que s'était formé un épanchement de synovie, ce qui donnait à la tumeur l'aspect et les caractères d'un kyste synovial.

Structure. — Les corps étrangers des synoviales ten-

dineuse, sont ou osseux, ou ostéo-cartilagineux ou fibro-cartilagineux.

Le corps observé par M. Poirier était purement osseux : c'était une parcelle osseuse détachée par un traumatisme du bord antérieur de la mortaise tibiale. C'était un corps étranger osseux ayant une origine traumatique.

L'examen à l'œil nu du corps étudié par M. Trélat démontrait de la manière la plus incontestable qu'il était constitué par deux os réunis par une articulation.

« L'examen histologique a montré que les os étaient recouverts d'un périoste, qui au niveau de l'articulation contient un nombre notable de fibres élastiques. Au dessous de ce périoste existait une lame de tissu compacte parfaitement normal. Au centre des os et sous la lame compacte externe on trouvait du tissu spongieux à grandes cavités médullaires environnées de trabécules osseuses ossifiées. Autour de la cavité articulaire on ne trouvait plus que du cartilage hyalin dont les cellules ne présentaient pas une stratification régulière et en couches distinctes. Dans la partie du cartilage hyalin voisine des ligaments articulaires un certain nombre de fibres conjonctives s'insinuaient entre les cellules du cartilage de manière à constituer un vrai tissu fibro-cartilagineux. En somme, cette étude histologique démontre que la pièce anatomique est constituée par deux os normaux jeunes, encore en état de croissance et développés comme tous les os normaux aux dépens du tissu cartilagineux. La partie non encore ossifiée du cartilage et encore en état de prolifération revêt les surfaces articulaires.

Il semble rationnel d'admettre que le plus volumineux

des deux os a été pendant un temps plus ou moins long en continuité avec un point de l'astragale ou du scaphoïde, continuité, révélée par la petite surface osseuse libre, indiquée dans la description de la pièce. »

M. Trélat pense que « la tumeur est congénitale et qu'elle est restée longtemps comme cela arrive pour beaucoup de tumeurs congénitales, stationnaire et inaperçue, et qu'elle n'est devenue gênante que par sa croissance et son volume. Peut-être même que la forme et l'étalement de l'os anormal sont la conséquence de son siège, de son implantation et du voisinage des tendons qui le recouvraient. »

Corps étrangers observés à l'hôpital Laennec ; examen macroscopique. — Le plus gros de ces deux corps mobiles atteint le volume d'une petite amande, l'autre celui d'un petit pois.

Le premier présente une surface presque lisse ou du moins très peu mamelonnée. Il a la forme d'un ovoïde légèrement aplati. Cette petite tumeur ne présente pas le moindre vestige de pédicule ou de membrane indiquant son ancienne continuité avec la paroi de la séreuse.

Le second a une surface irrégulière, bosselée. On y remarque un lambeau de membrane de un centimètre de long sur deux millimètres de large. Ce fibro-cartilage était relié à la séreuse tendineuse par un court pédicule.

Les deux corps ont une couleur bistre un peu foncée. A la coupe, on voit des parties blanchâtres et des points plus sombres brunâtres.

Examen histologique. — Les deux petites masses ont été durcies dans l'alcool. Des coupes ont été pratiquées dans tous les sens. Ces coupes ont été colorées en les

traitant par le picro-carmin. Elles ont été montées dans la glycérine.

A l'examen microscopique, on voit une grande quantité d'éléments embryonnaires, des travées de tissu conjonctif adulte et quelques cellules cartilagineuses.

Dans certaines coupes, c'est le tissu conjonctif embryonnaire qui prédomine ; dans d'autres, ce sont les bandes fibreuses presque dépourvues de cellules. Il existe enfin une forme intermédiaire dans laquelle on trouve des parties contenant des cellules embryonnaires emprisonnées dans du tissu scléreux.

Dans certaines préparations, on ne remarque aucun vaisseau, dans d'autres, on trouve de nombreux capillaires et des foyers hémorragiques dans lesquels les globules rouges ont subi la dégénérescence pigmentaire.

En outre, il existe des anneaux fibreux au centre desquels on voit une artériole dont la tunique externe se confond avec le tissu fibreux.

Les nombreux vaisseaux que l'on trouve dans les préparations, indiquent que les deux tumeurs ont été à un certain moment, en continuité avec la paroi de la gaine.

Anatomie pathologique de la synoviale tendineuse et de la région qui l'environne. — Quelles sont les modifications que les corps étrangers font subir aux tissus qui entourent la séreuse qui les contient ?

Elles paraissent peu considérables. Les lésions inflammatoires sont nulles ou du moins très légères. La peau garde son aspect et sa couleur normale. Elle ne présente pas d'adhérences et conserve par suite toute sa mobilité. On n'a pas constaté son épaissement. Les synoviales

renfermant les corps mobiles ne subissent aussi que très peu de modifications.

Dans aucun cas elles n'ont présenté des signes d'inflammation. Dans observations de M. Toussaint nous constatons que les parois des séreuses avaient conservé leur épaisseur normale. Chez le malade qui a été guéri par M. Villemin la gaine présentait une paroi légèrement épaissie, mais n'était pas encroutée de cartilage. Dans tous ces cas la synoviale n'était pas en communication soit avec d'autres gaines, soit avec une synoviale articulaire. Dans l'observation publiée par M. Poirier, le corps étranger était logé dans une sorte de cul-de-sac qui communiquait d'une part avec la synoviale artirculaire tibio-tarsienne, d'autre part, avec la synoviale tendineuse du fléchisseur propre du gros orteil. Le cul-de-sac formant kyste synovial, contenait un épanchement de synovie.

Dans toutes les autres observations, on n'a pas trouvé la moindre trace d'épanchement.

Chez le malade, qui a été opéré à l'hôpital Laënnec, la surface interne de la synoviale avait conservé son aspect normal, lisse à apparence séreuse. Le tendon ne semblait avoir subi aucune modification et se trouvait libre de toute adhérence. Son volume et son aspect paraissaient normaux.



Etiologie. — Pathogénie

Quelles sont les causes qui peuvent déterminer la production des corps étrangers dans une synoviale tendineuse ?

On peut les diviser en deux classes :

1° Causes générales. — Les différentes diathèses, telles que le lymphatisme, la goutte, le rhumatisme, ne semblent pas avoir exercé une grande influence sur la formation des corps étrangers chez les malades observés jusqu'à ce jour : leurs antécédents paraissaient excellents et on n'a constaté chez eux aucune diathèse de cette nature.

La syphilis pourrait être mise en cause dans un des cas. Le malade avait contracté cette maladie une dizaine d'années avant l'époque d'apparition chez lui de l'affection que nous étudions. Malheureusement, le traitement spécifique n'a pas été institué, et par suite nous ne sommes pas absolument fixés sur le rôle jouée par la syphilis en cette occurrence.

L'âge, le sexe, et surtout le genre de vie semblent avoir une importance plus considérable. — Les corps étrangers n'ont été rencontrés que chez des individus jeunes, menant une vie très active, exposant aux traumatismes la région tibio-tarsienne.

2° Causes locales. — Les traumatismes, les mouvements violents, les marches forcées, l'escrime, les courses à bicyclette, l'équitation, en un mot, tous les sports mettant en jeu, d'une façon exagérée, les muscles travailleurs

de la région tibio-tarsienne, voilà les causes qui paraissent avoir joué le plus grand rôle dans le développement des corps étrangers.

Dans certains cas le fait est certain, l'affection est le résultat d'un choc ou d'une chute.

Dans l'observation, publiée par M. Poirier, nous lisons que « le corps étranger d'aspect blanchâtre, ayant la forme d'une lamelle mamelonnée de deux centimètres de long sur six millimètres de large et deux d'épaisseur, reproduit exactement la forme et les dimensions d'une perte de substance siégeant au niveau du bord antérieur de la mortaise tibiale ».

La parcelle osseuse, détachée de la surface de la mortaise tibiale, a donc dû prendre naissance par le fait d'un traumatisme, et est venue dans la suite se loger dans la gaine du fléchisseur propre du gros orteil, en établissant une communication entre cette gaine et la synoviale articulaire tibio-tarsienne.

C'est là un cas exceptionnel. Dans la plupart des observations, ce sont les mouvements exagérés des tendons, et l'irritation des parois de la synoviale qui paraissent être la cause première de la formation des fibro-cartilages intra-synoviaux.

De ce qui précède, il résulte que l'on peut classer les corps étrangers des synoviales en deux catégories : 1° Ceux qui se produisent lentement sous l'influence soit d'une diathèse (syphilis), soit surtout sous l'influence de l'irritation prolongée des parois de la séreuse : corps de nouvelle formation ; 2° Ceux qui sont le résultat d'un choc, d'une chute ou d'un mouvement violent et sont formés par une

parcelle osseuse ou cartilagineuse détachée d'un os voisin ; corps traumatiques.

Pour expliquer la formation de ces deux classes de corps, d'origine absolument différente, nous aurons recours aux théories qui ont été émises pour expliquer la pathogénie des fibro-cartilages articulaires.

Théorie de Paré. — Ambroise Paré croyait que la pierre des synoviales articulaires se formait aux dépens des sels contenus dans la synovie.

Cette théorie n'est plus admise pour expliquer la formation des corps étrangers articulaires. Il n'y a pas non plus lieu de l'admettre pour comprendre la pathogénie de l'affection que nous décrivons.

Théorie de Velpeau. — Velpeau dans son Dictionnaire de médecine recherche la formation des arthrophytes dans l'organisation d'un caillot. Pour une cause ou pour une autre du sang s'est épanché dans une synoviale, la matière colorante a disparu et le caillot fibrineux, retenu dans la synovie, s'est organisé et a subi diverses transformations pour passer à l'état osseux ou cartilagineux.

Aujourd'hui on sait que le sang épanché ne s'organise pas de la sorte.

Théorie de Laennec. — Pour Laennec les arthrophytes seraient d'abord extra-synoviaux ; ils se formeraient dans les tissus qui entourent les synoviales, puis à mesure de leur accroissement ils refouleraient devant eux la synoviale en s'en couvrant comme d'un doigt de gant. Peu à peu, la synoviale cède, se pédiculise, puis sous l'influence des tiraillements qu'elle subit, le pédicule s'allonge, se rompt et le corps étranger tombe dans l'intérieur de la synoviale.

Pour que cette théorie soit admise il faut pouvoir suivre un corps étranger dans ses diverses phases d'évolution depuis son origine extra-synoviale jusqu'au moment où il devient libre et tombe dans la synoviale,

Cette théorie peut être acceptée pour expliquer la pénétration des corps étrangers dans les synoviales tendineuses en ce qui concerne les observations publiées par MM. Poirier et Trélat.

Chez le malade observé par M. Poirier, le corps étranger « d'aspect blanchâtre, ayant la forme d'une lamelle memelonnée de deux centimètres de long sur 6 millimètres de large et deux d'épaisseur reproduit exactement la forme et les dimensions d'une perte de substance siégeant au niveau du bord antérieur de la mortaise tibiale ». Cette lamelle osseuse a certainement été détachée par un traumatisme et dans la suite a pu pénétrer de la façon indiquée par la théorie de Laennec, dans l'intérieur de la synoviale du fléchisseur propre du gros orteil.

Dans le cas décrit par M. Trélat le corps étranger est formé par un membre surnuméraire comprenant deux os normaux jeunes, encore en état de croissance. Le plus volumineux de ces deux os a été pendant un temps plus ou moins long en continuité avec un point de l'astragale ou du scaphoïde, continuité révélée par la petite surface osseuse que l'on voit sur la pièce.

Dans ce cas encore, on peut admettre que le corps étranger, d'origine congénitale, a pénétré lentement dans la synoviale en s'en couvrant comme d'un doigt de gant, suivant l'idée exprimée par Laennec, et c'est à la suite de

l'étranglement du pédicule ainsi formé, que les deux petits os sont devenus libres à l'intérieur de la séreuse.

Mais cette théorie n'est bonne que pour expliquer ces deux observations, dans lesquelles les corps étrangers s'étaient formés aux dépens des os voisins de la synoviale. Elle n'est pas satisfaisante quand on veut l'appliquer aux fibro-cartilages qui ont la synoviale elle-même pour origine.

Théorie de Kollikér, Rainey, Rokitansky, Panas. —

Cette théorie repose sur l'examen anatomique et histologique de la synoviale. Si on regarde cette membrane sous l'eau, on remarque en effet à la partie interne des replis ressemblant aux villosités intestinales et que l'on nomme franges vasculaires synoviales.

Or chacune de ces franges appendues à la séreuse est normalement pourvue à sa base de cellules cartilagineuses, qui sous l'influence d'une excitation ou d'une irritation peuvent s'hypertrophier. Le tissu conjonctif environnant participe aussi au développement anormal des cellules et la masse, ainsi formée, en étouffant les ramifications vasculaires, se retranche de jour en jour de la vie commune.

Il se forme ainsi un fibro-cartilage, qui se trouve appendu à la paroi de la synoviale par un pédicule. Celui-ci tend à s'amincir de plus en plus à mesure que le corps étranger ainsi constitué augmente de volume et devient plus lourd. Le pédicule se trouve rompu si un traumatisme un peu violent agit sur lui. Le fibro-cartilage peut même tomber spontanément dans la cavité de la gaine sous la seule influence de l'oblitération des vaisseaux qui le parcourent.

Certains des corps étrangers articulaires ne paraissent pas avoir d'autre origine ; et les corps hordeiformes, que l'on rencontre fréquemment dans les synovites tuberculeuses de la grande gaine de la face antérieure du poignet, prennent aussi naissance dans les franges synoviales par un procédé à peu près semblable.

Assurément, l'irritation de la surface interne des synoviales tendineuses a une certaine influence sur la production des fibro-cartilages. C'est ce que les observations publiées par M. Toussaint semblent démontrer.

Dans l'une, nous lisons que le malade faisait de longues et nombreuses courses à bicyclettes et c'est à la suite qu'il ressentit la première atteinte de son mal. Il semble donc dans ce cas que l'irritation causée par cet exercice exagéré ait été suffisante pour provoquer la formation d'un corps étranger cartilagineux aux dépens des franges synoviales de la gaine de l'extenseur commun des orteils.

Dans les autres observations publiées par le même auteur, les malades étaient des élèves de l'Ecole militaire de Saint-Cyr. Chez eux encore les mouvements violents des tendons de l'extenseur commun des orteils ont certainement eu une influence considérable sur le développement des corps étrangers. Ces jeunes gens ne présentaient aucun antécédent ni aucune diathèse qui auraient pu jouer un certain rôle dans le développement de l'affection.

Mais dans leur profession, ils se trouvaient dans l'obligation d'exécuter différents exercices, tels que l'escrime, les marches forcées, l'équitation, qui étaient de nature à jouer un rôle suffisant pour provoquer l'irritation de la séreuse, et exciter la prolifération des cellules cartilagi-

neuses et du tissu conjonctif des franges synoviales, et par suite donner naissance à des fibro-cartilages intra-synoviaux. C'est probablement leur genre de vie qui explique la fréquence exceptionnellé de l'affection chez les jeunes élèves de Saint-Cyr.



Pronostic

Les corps étrangers des synoviales tendineuses constituent une affection seulement gênante ou du moins n'occasionnant qu'une douleur bien légère. Ils ne forcent pas le malade à garder le lit. Ils ne sont pas une cause d'inflammation, d'ulcération ou d'accidents réclamant un traitement et empêchant la marche. Il n'y a pas production de fièvre, pas de retentissement sur l'état général. Les grandes fonctions ne sont pas troublées et il ne survient ni amaigrissement, ni engorgement ganglionnaire.

Le sommeil et l'appétit ne souffrent pas de l'affection.

Il ne se forme pas d'adhérences cutanées et intra-synoviales provoquant des déformations et des attitudes vicieuses du membre malade.

Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie ou mieux à l'asepsie parfaite de la région à opérer, on peut sans crainte pratiquer l'extirpation du ou des corps étrangers. Si des précautions suffisantes ont été prises et si le malade ne présente aucune diathèse pouvant influencer fâcheusement les suites de l'opération, la guérison complète est obtenue au bout de quinze jours.

Cette dernière considération rend le pronostic très favorable.

OBSERVATIONS

Note sur les corps étrangers de la synoviale des extenseurs des orteils, par H. Toussaint, Médecin-major de 2^e classe.

En 1879, au cours de la dissection de 67 pieds entreprise pour recueillir les matériaux de notre thèse inaugurale nous avons rencontré et montré à notre maître M. le Prof. Delorme, un corps étranger fibro-cartilagineux, mobile dans la synoviale des tendons extenseurs des orteils, qui siégeait entre les tendons et la surface osseuse du tibia. L'anatomie de la séreuse, n'y révélait aucune irritation par le voisinage de ce fibro-cartilage, qui n'avait donné naissance au moindre épanchement, ni à la plus légère réaction inflammatoire.

La surface périostique du tibia correspondant au siège de l'arthrophyte était absolument saine, rien de ce côté ne pouvait donner la clef de la pathogénie de l'affection qui avait dû passer inaperçue pendant l'existence du sujet.

Une série de trois cas tout récemment observés, nous permet seulement aujourd'hui d'en traiter le côté clinique.

C'est pour une gêne dans les mouvements de flexion du pied sur la jambe, sans qu'il y ait douleur, que notre avis a été demandé.

La localisation subjective était signalée assez exactement au niveau du quart inférieur de la loge des muscles extenseurs du pied.

L'interligne articulaire tibio-tarsien, ainsi que les gaines des extenseurs des orteils étaient intacts, sans la moindre chaleur locale, et la comparaison avec le cou-de-pied sain ne dénotait aucune dissemblance. En promenant les doigts le long du bord externe de la gaine tendineuse de l'extenseur commun, une sensation vague de déplacement de fuite fut ressentie, et dès lors, il fallait l'étudier. Un examen approfondi, soumis d'ailleurs à la haute appréciation de M. le médecin principal Benoit, et à celle de M. l'aide-major Huguet, vint confirmer notre diagnostic de corps étranger fibro-cartilagineux de la synoviale de l'extenseur commun.

La délimitation de ses contours nous a rappelé exactement les dimensions des corps étrangers que nous avons eus sous les yeux, lors de nos dissections dans le laboratoire d'anatomie du Val de Grâce, pouvant être comparés comme épaisseur et comme étendue à une pièce de 1 fr. crénelée.

On comprend qu'interposés entre la surface plane de l'épiphyse inférieure du tibia et la face profonde des tendons extenseurs, ces néoformations pussent facilement se dérober à un examen superficiel. Le glissement sous le doigt et l'échappement si facile des cordes tendineuses des extenseurs sont à même de donner le change.

M. Delorme n'a pas parlé, dans son remarquable article « Pied » du nouveau Dictionnaire, de la présence

de ces fibro-cartilages, parce que leur siège anatomique relève de la région de la jambe.

D'après cet auteur, les tendons de l'extenseur commun et du péronier antérieur; quand il existe, sont contenus dans la coulisse la plus externe du ligament annulaire du tarse, ces tendons sont entourés d'une synoviale propre qui remonte le long de l'extenseur commun, jusqu'à 4 centimètres du sommet de la malléole externe.

Au-dessous de ces tendons, on trouve du tissu cellulo-graisseux aréolaire, assez abondant, qui tapisse les ligaments antérieurs tibio-tarsien et tibio-péronéal. Le sinus péronéo-tibial antérieur forme gouttière au passage des tendons extenseurs.

La gaine vient-elle à s'enflammer, c'est là qu'elle trouve une loge pour son développement. C'est là aussi qu'est poussé le corps étranger, lors des contractions musculaires : c'est là qu'il faut aller reconnaître sa présence.

Observation I. — M. X., robuste, n'a jamais eu d'autre affection qu'une syphilis prise par la muqueuse bucco-linguale il y a une dizaine d'années. A la suite de courses longues et répétées pendant plusieurs mois sur une bicyclette, il a ressenti une gêne dans les mouvements de flexion du pied gauche sur la jambe. L'an dernier un médecin a conseillé des frictions avec le baume Operdeldoch et n'a pu donner un nom à cette affection.

X... se soumet à notre examen parce qu'il lui semble que sa gêne dans la marche, qui occasionne même une légère boiterie, n'est pas de cause purement rhumatismale,

En recherchant s'il n'y a pas de synovite des extenseurs des orteils nous mettons par hasard le doigt sur un corps étranger mobile dont nous faisons apprécier par X... lui-même les dimensions qui sont celles d'une pièce de 1 franc.

Comme nous le verrons au traitement, la médication spécifique dont notre sujet n'a jamais bénéficié devra être suivie rigoureusement.

Observation 2. — R..., élève à l'Ecole spéciale militaire, vient prendre notre avis pour une gêne dans les mouvements de flexion du pied gauche sur la jambe, surtout lorsqu'il fait de l'escrime. L'examen objectif ne révèle rien d'anormal : la région de passage du pied de la jambe gauche est en tout semblable à celle du côté opposé. La recherche du corps étranger mobile dans la gaine de l'extenseur commun des orteils nous apprend que c'est son existence qui rend R... éclopé. Les dimensions sont celles d'une pièce de 1 franc. Elles sont objectivement et subjectivement perçues.

Observation 3. — F..., à l'Ecole spéciale militaire, entre d'urgence à l'infirmerie le 8 mai par contusion profonde de la région du cou-de-pied gauche par chute de cheval avec entorse tibio-tarsien. Il y a 3 ans ce même pied a subi une entorse violente qui n'a pas laissé à la suite la moindre gêne fonctionnelle dans les mouvements du pied.

En procédant ensemble à l'examen de la lésion actuelle, M. le médecin aide-major Huguet délimite la présence d'un corps étranger de la gaine de l'extenseur commun qui a les dimensions d'une pièce de 0 fr. 20 et le diagnostic est corroboré par M. le médecin principal Benoît.

Ici le corps étranger paraît être à priori le reliquat inflamma-

toire du traumatisme subi il y a 3 ans par le pied. Il n'y en a pas du côté droit.

Observation 4. — S., élève à l'école spéciale, vient nous consulter le 7 mai pour une gêne douloureuse à l'occasion des mouvements du pied gauche. La recherche minutieuse d'une diathèse rhumatismale ou autre et d'un traumatisme quelconque reste sans résultat.

D'ailleurs le membre reste absolument sain et en tout semblable à la jambe droite.

Recherchant alors de parti pris à 2 centimètres au dessus de l'interligne articulaire tibio-tarsienne et le long du bord externe de l'extenseur commun des orteils, nous délimitons dans la gaine synoviale un corps étranger auquel nous trouvons les dimensions d'une pièce d'un franc.

Ce diagnostic est confirmé par M. le médecin principal Benoit qui ne trouve rien d'analogue du côté droit.

Nous éliminerons la nature tuberculeuse de ces corps étrangers. Le milieu d'élite dans lequel ces observations sommaires ont été prises en est garant. La constitution de nos 4 sujets est exceptionnellement vigoureuse.

Le diagnostic différentiel a été fait avec l'air crépitant de la jambe et avec celui de synovite crépitante du cou-de-pied. D'ailleurs, nous dit J. Pauzat, l'air crépitant de la jambe ne siège pas dans les gaines synoviales qui accompagnent les tendons du cou-de-pied.

Nous avons rejeté de notre diagnostic l'épaississement capsulaire tibio-tarsien, d'abord parce que les mouvements de flexion du pied sur la jambe conservent dans nos 4 observations toute leur amplitude ; ensuite parce que les indurations fibro-cartilagineuses délimitées par la pulpe des doigts avaient la mobilité du corps étranger articulaire.

La forme aplatie nummulaire, que nous avons toujours constatée, s'explique par la compression subie par ce fibro-cartilage inséré entre une surface tendineuse et une surface osseuse.

Pronostic et traitement. — Une fois l'arthrophyte reconnue, pour s'opposer à l'inflammation de la gaine il sera bon d'exempter nos soldats du port du brodequin, ou du moins de leur recommander de ne pas serrer le lacet. La constriction au niveau de ce corps étranger est à même d'exercer un frottement douloureux lors du va et vient des languettes tendineuses. Elles peuvent produire sur la surface de ce corps étranger de véritables petites arêtes, formant gouttières lors du glissement tendineux ; nous les avons observées lors de nos dissections en 1879.

La présence des corps étrangers dans la gaine des extenseurs des orteils semble ne se révéler par des symptômes subjectifs que quand ils acquièrent les dimensions d'une pièce de un franc. Mais ils n'ont pas de réaction inflammatoire, ils en sont plutôt le reliquat.

Dans un cas que nous rapportons, il y a des antécédents syphilitiques. Avant de tenter la moindre intervention, qui ne serait alors qu'une opération de complaisance, qu'on se souvienne de la fonte de corps étrangers articulaires, par le traitement spécifique. Richet, après un traitement mixte de 41 jours, a fait disparaître un arthrophyte de la grosseur d'une amande verte. Gaillon a observé un cas semblable. Poncet soignant un homme de 32 ans, porteur depuis 9 ans, dans le genou, de 2 corps mobiles du volume d'une petite noix, a tenu, avant de faire la taille articulaire, à mettre son opéré dans les meilleures condi-

tions. A sa grande surprise, le chirurgien Lyonnais a vu fondre et disparaître en 48 jours les arthrophytes.

Inutile d'ajouter que tout chirurgien, qui livre son opéré aux bienfaits de l'antisepsie pénétrera sans péril dans les synoviales tendineuses.

En ce qui concerne les arthrophytes articulaires, M. le Professeur Gaujot écrivait en 1881 dans la « Revue de chirurgie » qu'il est douteux que leur extraction ait la propriété d'enrayer les progrès de la disposition morbide qui aboutit à la formation des concrétions fibro-cartilagineuses.

Nous ne pensons pas que les arthrophytes de la synoviale des extenseurs des orteils soient produits par une disposition morbide. Nous y voyons plutôt une influence traumatique à laquelle la région du cou-de-pied est sans cesse exposée.

Aussi avons-nous la conviction que leur ablation, si elle était autorisée par une gêne fonctionnelle développée par un terrain neuropathique ne serait pas suivie de la réapparition dans la gaine d'un nouveau corps étranger, si les microtraumas du cou-de-pied étaient évités.

C'est du côté gauche exclusivement que nous avons trouvé ces corps étrangers synoviaux ; nous consignons ce fait sans en trouver l'explication.

Nous ne sommes pas éloigné de croire que l'exercice de vélocipède soit de nature à favoriser la production de l'arthrophyte dans la gaine synoviale des extenseurs des orteils.

L'observation ultérieure pourra confirmer ou non le bien fondé de notre opinion.

Les trouvailles d'autopsie que nous avons faites en

1879, montrent que les corps étrangers de la synoviale des extenseurs des orteils passent inaperçus pendant l'existence des sujets.

A notre avis, ils sont fréquents ; cette note a pour but d'indiquer leur présence possible, d'orienter un diagnostic lors d'une gêne fonctionnelle dans les mouvements de flexion et d'extension du cou-de-pied sur la jambe.

Archives de médecine et pharmacie militaires, t. XXII, 1893, p. 315.

- * *Corps étranger ou corps mobile de la gaine du jambier antérieur gauche, constitué par un membre surnuméraire. 1885. (Trélat, bulletin de la Société de chirurgie, t. XI, p. 466-469).*

Le malade qui portait cette singulière affection, C. Julien, 28 ans, employé de bureau (salle Sainte-Vierge, lit 49, Charité), n'a eu que des antécédents sans valeur et présente les attributs d'une bonne constitution.

Il croit que le début de sa tumeur remonte seulement à une année, et l'attribue à l'habitude qu'il avait d'appuyer son cou-de-pied sur le barreau de sa chaise. La grosseur s'est développée graduellement depuis deux mois, elle est devenue douloureuse et gênante et le malade ne peut plus marcher qu'avec une bottine fendue, c'est cette gêne qui le mène à l'hôpital.

La tumeur aplatie d'avant en arrière ayant son plus long diamètre transversal arrondie à sa partie antérieure, offre environ le volume d'une noix, elle a dans toutes ses

parties une dureté osseuse et absolument indolente. Elle repose sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne et sous le tendon du jambier antérieur qui la croise, perpendiculairement. Elle est un peu mobile en haut et en bas mais très nettement mobile dans le sens transversal. L'extension du pied et la contraction du jambier antérieur fixent et accusent son relief. Elle devient presque invisible dans la flexion du pied, tous les autres organes et de toutes les formes du pied sont dans l'état normal.

L'examen de toutes ces circonstances me conduisit à poser le diagnostic de corps flottant du jambier antérieur. Je remarquai cependant que ce siège était peu commun et que le corps flottant était d'un volume exceptionnellement considérable. L'extraction de ce corps étranger qui est le seul traitement à instituer est pratiquée le 17 juin.

Une incision de 0^m03 est conduite le long du jambier antérieur parallèlement à son bord interne, le corps étranger est mis à nu, saisi, bousculé et facilement extrait, section de quelques menus brides fibreuses insérées sur sa face profonde. La plaie est suturée, pansée, le membre est placé dans une gouttière plâtrée.

Il n'y a pas d'accident d'aucune sorte et le malade est aujourd'hui guéri. La tumeur avait 0^m039 de long sur 0^m027 de large et 0^m016 d'épaisseur. La plus grande dimension était perpendiculaire à l'axe du pied. La face superficielle présentait une extrémité interne arrondie et revêtue de cartilage, une partie moyenne étranglée et creusée en gouttière par le tendon du jambier; une extrémité externe amincie et terminée en pointe très mousse. La face profonde généralement plane revêtue par places de cartilage,

donnait insertion au petit trousseau fibreux sectionné pendant l'opération et présentait au niveau de l'extrémité interne au-dessous de la tubérosité arrondie une petite surface de 4 à 6 millimètres de diamètre où le tissu osseux était à nu et semblait avoir subi une fracture récente. Cette masse dure était, soit par le fait d'un accident, soit par une disposition particulière composée de 2 parties légèrement mobiles l'une sur l'autre. Une section immédiatement pratiquée suivant la plus grande longueur, permet de reconnaître les causes de cette mobilité.

L'œil nu constatant de la manière la plus inconstante que la tumeur était constituée par 2 véritables os réunis l'un à l'autre par une articulation occupant toute leur largeur. Cette articulation était située à l'union des deux tiers internes avec le tiers externe. Sur chacune des pièces on pouvait voir aisément à l'extérieur une lame de tissu compact et à l'intérieur un tissu spongieux et régulier à trabécules parallèles au plus grand axe. La petite cavité articulaire était libre et permettait des mouvements de glissement et de flexion très nets favorisés d'ailleurs par une petite quantité de liquide synovial.

L'examen histologique a confirmé et éclairci ce 1^{er} examen à l'œil nu. Les deux os sont, en général, recouverts d'un périoste qui au niveau de l'articulation contient un nombre notable de fibres élastiques. Au dessous de ce périoste existe une lame de tissu compact parfaitement normal. Au centre des os et sous la lame compacte externe on trouve un tissu spongieux à grandes cavités médullaires environnées de trabécules osseuses complètement ossifiées.

A mesure qu'on s'approche des surfaces articulaires on trouve des capsules de cartilage arrondies ou anguleuses, les unes déjà limitées par une mince bordure osseuse, les autres au contraire plongées dans le tissu cartilagineux proliféré. En se rapprochant encore de la cavité articulaire on ne trouve plus que du cartilage hyalin dont les cellules ne présentent pas une stratification régulière et en couches distinctes. Dans la partie du cartilage hyalin voisine des ligaments articulaires un certain nombre de fibres-conjonctives s'insinuent entre les cellules du cartilage de manière à constituer un vrai tissu fibro-cartilagineux.

En somme cette étude histologique démontre que la pièce anatomique est constituée par deux os normaux jeunes ; encore en état de croissance et développée comme tous les os normaux aux dépens du tissu cartilagineux. La partie non encore ossifiée du cartilage et encore en état de prolifération revêt les surfaces articulaires.

Plusieurs faits découlent de ces constatations diverses ; 1° La tumeur n'est en aucune façon constituée comme les corps libres ou flottants des articulations. Ce n'est pas une substance calcaire ni ostéoïde, ce sont deux os réunis par une articulation ; 2° La tumeur dans son ensemble augmentait de volume par le mécanisme de l'accroissement normal des os ; 3° Il semble rationnel d'admettre que le plus volumineux des deux os a été pendant un temps plus ou moins long en continuité avec un point de l'astragale ou du scaphoïde, continuité révélée par la petite surface osseuse libre indiquée dans la description de la pièce.

Je pense, en résumé, que la tumeur est congénitale, qu'elle représente dans son ensemble un membre surnu-

méraire à squelette complet, que cette tumeur constituée probablement au début par deux petites pièces osseuses est restée longtemps, comme cela arrive souvent, pour beaucoup de tumeurs congénitales, stationnaire et inaperçue et qu'elle n'est devenue gênante que par sa croissance et son volume. Peut-être même peut-on ajouter que la forme et l'étalement de l'os anormal, sont la conséquence de son siège et de son implantation et du voisinage des tendons qui les recouvraient.

Kyste synovial de la gaine du fléchisseur propre du gros orteil, avec corps étranger d'origine articulaire. M. Poirier. Bulletin de la société anatom. 1889, p. 289.

5 avril 1889. — La pièce que nous vous présentons a été recueillie sur un sujet du sexe masculin, âgé de 40 ans environ, servant aux dissections de l'école pratique.

Le kyste occupe toute la longueur de la gaine séreuse du muscle long fléchisseur dont il reproduit la forme. Il commence donc au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et se prolonge jusqu'au niveau de la médio-tarsienne. Il ne communique pas avec la synoviale propre du fléchisseur commun, il est rempli comme le sont d'ordinaire ces sortes de tumeurs d'une matière semblable à la gelée de pomme. Au niveau de son cul-de-sac supérieur, ce kyste présente un orifice arrondi, ayant 0.004 millimètres de diamètre environ et communique largement avec l'intérieur de l'articulation. En ouvrant ce cul-de-sac supérieur du kyste, nous

en faisons sortir immédiatement un corps étranger d'aspect blanchâtre, ayant la forme d'une lamelle mamelonnée de 2 centimètres de long sur 6 millimètres de large et 2 d'épaisseur qui rappelle complètement l'aspect des corps étrangers articulaires (arthrophytes).

En ouvrant l'articulation tibio-tarsienne, on y trouve avec un léger épanchement de synovie rougeâtre une perte de substance siégeant au niveau du bord antérieur de la mortaise tibiale. Allongée transversalement cette perte de substance reproduit complètement l'aspect et dimensions du corps étranger que nous avons trouvé dans le kyste tendineux ; au fond de la perte de substance on trouve le tissu osseux mis à nu et à la périphérie sont de petits mamelons cartilagineux. Cette perte de substance reproduit donc les caractères de celles que l'on est accoutumé de trouver dans les articulations présentant les lésions de l'arthritisme. Si l'on pouvait conserver un doute à cet égard l'examen des articulations voisines et notamment celui de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, qui présente des altérations manifeste ne laisse aucun doute à ce sujet.

Réflexions. — Voici donc un kyste synovial tendineux résultant de la communication de la gaine tendineuse avec l'articulation tibio-tarsienne. L'aspect de l'arthrophyte, les dimensions de l'orifice de communication des deux séreuses, la perte de substance tibiale reproduisant le moule exact de l'arthrophyte ne permettent point de douter sur l'origine du kyste et du corps étranger qu'il contenait. La communication s'est faite dans ce cas comme dans tous les autres au point où les synoviales tendineuses et articulaires

s'adossent entre les fibres écartées du ligament péronéo-astragalien postérieur.

Corps étranger de la gaine du jambier antérieur (observation de M. Villemain, 4 novembre 1896)

L'enfant, âgé de 10 ans, présente à la face interne du pied droit, une petite tumeur située sur le trajet du jambier antérieur, à égale distance de la malléole interne et de la saillie du scaphoïde.

Le père raconte que son fils en est porteur depuis l'âge de 5 à 6 ans. Cette petite tumeur ne gêne le patient que lorsqu'il fait une marche prolongée.

Aucune modification des téguments ; plate, arrondie, la tumeur est très dure et jouit d'une mobilité relative.

Le diagnostic porté est celui de kyste tendineux mais à parois anormalement épaissies et dissimulant la fluctuation qu'on n'arrive pas à trouver.

Injection de chlorhydrate de cocaïne ; incision des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané. La tumeur apparaît avec une coloration foncée. Dans les tentatives d'ablation complète (poche et contenu), la poche est ouverte et sous la pression d'un écarteur il en sort une masse mamelonnée aplatie, du volume d'une amande, d'une teinte bistre un peu foncée et présentant une consistance dure et

fibreuse. Ce corps est bientôt suivi d'un second, ayant les mêmes caractères mais du volume d'un petit pois seulement. Au fond de la poche, lisse à aspect sérieux, qui les contient, on voit le tendon du jambier antérieur.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu
Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

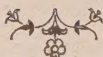


TABLE DES MATIÈRES

Introduction	page	5
Symptômes	—	7
Diagnostic	—	17
Traitement	—	28
Anatomie pathologique	—	32
Etiologie-Pathogénie	—	41
Pronostic	—	48
Observations	—	49

